

Normas de atención



HOLANDO

— ART —



FACAF

**FEDERACIÓN ARGENTINA
DE CÁMARAS DE FARMACIAS**



DESCUENTO A CARGO DE LA HOLANDO ART

AMBULATORIO

LA HOLANDO ART 100 % DE DESCUENTO

Para medicamentos incluidos en Manual Farmacéutico o Kairos y elementos descartables relacionados con la patología denunciada, de acuerdo con el diagnóstico médico que conste en la receta.

La falta de diagnóstico **NO** es motivo de débito.

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

- Documento de identidad
- copia de denuncia y/o credencial (no es obligatoria)
- receta médica.



RECETARIO

TIPO

- Convencional
- Electrónicas. Confeccionadas a través de la plataforma RCTA. Presentadas por mail, WhatsApp o impresas en papel.

VALIDEZ

15 días desde fecha de prescripción.



DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:

- Nombre de la ART "LA HOLANDO ART".
- Nombre y Apellido del paciente.
- Número de CUIT o DNI.
- Número de siniestro (no obligatorio).
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra.
- Diagnóstico.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.
- Diagnóstico (**NO** obligatorio)

El monto total de la receta no puede superar **\$ 95.000**. Si lo supera, la farmacia debe solicitar autorización.



LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES	5 (cinco) por receta.
POR RECETA	hasta 5 (cinco) envases.
POR RENGLON	Hasta 1 (un) envase.
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS	Hasta 5 (cinco) envases.
APLICACIONES: LA HOLANDO ART reconoce el 100% del importe por cada aplicación de inyectables efectuada. Dicho concepto debe figurar en la copia del ticket o factura que se adjunta a la receta.	

LÍMITES DE TAMAÑOS

Si el médico NO indica tamaño: entregar el de menor contenido. Si indica GRANDE: el tamaño siguiente al menor. Si equivoca cantidad: el tamaño inmediato inferior.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 - De acuerdo al orden de prescripción.
 - Incluyendo el código de barras.
- Número de orden de la receta.
- Fecha de Venta.
- Precios unitarios y totales (Manual Farmacéutico Alfabeta o Kairos, las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario).
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- Adjuntar copia del ticket de venta/ factura.



AUTORIZACIONES ESPECIALES

Antes de rechazar una receta por no cumplir con los requisitos, solicitar autorización al 0800-999-9719 donde deben solicitar el envío de correo electrónico o WhatsApp con autorización expresa, para que dicho correo sea elemento válido y suficiente para acompañar la facturación correspondiente.

Nota importante

Si se detecta que los productos recetados no corresponden con la patología del paciente o que ostensiblemente no correspondan a la especialidad del médico prescriptor, informar a LA HOLANDO ART a los teléfonos indicados.

CONTACTOS

Tel. ART (autorizaciones)	0800-999-9719
E-mail validación / autorización	artmedcasos@laholando.com; lhuizi@laholando.com
Tel. directo Sector ART	(5411) 4321-7600 internos 2041 / 2050 / 2051 / 2333

COBERTURA ESPECIAL

LA HOLANDO ART también cubre al 100% productos de Venta Libre y ACCESORIOS (gasas, vendas, taco para yeso, descartables habituales, vendas elásticas, H2 O2, Rifocina, etc. con la correspondiente autorización)

Ortesis, inmovilizadores, botas de Walker, musleras, muñequeras, rodilleras, muletas, etc.
Insumos (pañales, sondas, catéter, etc.): requieren autorización previa.



GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA

- ALIMENTOS Y DIABÉTICOS.
- ANESTÉSICOS.
- ANOREXÍGENOS Y ANABÓLICOS.
- ANTICONCEPTIVOS Y ANOVULATORIOS FÍSICOS O QUÍMICOS.
- COSMÉTICA (No se excluyen protectores solares FPS 50+ y pantallas solares nacionales, debiendo entregarse siempre la presentación de menor precio disponible. En caso de existir más de una opción comercial, se entregará la más económica)
- PROTECTORES, PANTALLAS SOLARES, CREMAS HIDRATANTES, ETC. IMPORTADOS (se reconocen productos nacionales con "expresa autorización de La Holando") .
- ONCOLÓGICOS Y CITOSTÁTICOS.
- CHAMPÚES DE TODO TIPO.
- DIETÉTICOS.
- ESTÉTICOS (Anticelulíticos, Antiarrugas, Fotoenvejecimiento, etc).
- ESTIMULANTES DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL.
- EXTRACTOS DE ORGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS DE CULTIVO ANIMALES Y/O VEGETALES.
- DROGAS INMUNOMODULADORAS DROGAS INMUNOSUPRESORAS.
- FLORES DE BACH.
- GINSENG.
- HORMONAS DE CRECIMIENTO.
- LECHES EN POLVO SIMPLES O COMPUESTAS.
- ODONTOLÓGICOS (Pastas, polvos, dentífricos, artículos de limpieza, etc).
- PARCHES DE NICOTINA.
- RECETAS MAGISTRALES HOMEOPÁTICAS Y ALOPÁTICAS.
- SUSTITUTOS DE LA SAL.
- VENTA LIBRE (excepto Diclofenac 50, Ibuprofeno, Omeprazol, Pantoprazol, Esoprazol y Lansoprazol; debiendo entregarse siempre la presentación de menor precio disponible. En caso de existir más de una opción comercial, se entregará la más económica).



FORMULARIOS DE DENUNCIAS



Denuncia de accidente de trabajo o enfermedad profesional

El empleador está obligado a denunciar ante la A.R.T. de forma directa e inmediata de conocida toda contingencia que afecte a sus dependientes o bien de complementar la información ya brindada por el denunciante, si este realizó la denuncia ante la A.R.T. o prestador médico. En caso que el empleador no cumpla con esta obligación, la A.R.T. deberá denunciar al hecho ante la S.R.T.

Datos del empleador									
Razón Social									
C.U.I.T.		C.I.U.U.		Contrato N°					
Domicilio			Localidad		Provincia		CPA		
Teléfono		Fax		Email					
Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente									
Empresa subcontratada		Si		No		C.U.I.T. - Ocurrencia			
Domicilio del establecimiento / sede o lugar donde se produjo la contingencia									
Localidad			Provincia		CPA				
Datos del trabajador									
Nombre y Apellido									
C.U.I.T.		Tel. o Celular		E-mail		Nacionalidad			
Domicilio			Localidad		Provincia		CPA		
Tipo Documento		DNI		LC		LE		CI	
PAS		N°		Sit. contractual					
Sexo		M		F		Estado Civil		S	
C		V		D		E		H	
Fecha de ingreso a la empresa									
Turno habitual		Fijo		Rotativo		Jornada habitual De		a	
hs. De		a		hs.					
Otra Social									
Fecha último examen periódico									
Tareas habituales									
Puesto de trabajo al momento de ocurrencia del accidente/diagnóstico de la enfermedad profesional (CIUD)									
Antigüedad									
Puesto de trabajo anterior									
Antigüedad									
Información sobre el Siniestro									
Tipo de accidente									
Por el hecho o en ocasión del trabajo									
Enfermedad profesional									
Accidente in itinere									
Otros									
Fecha de ocurrencia o primera manifestación									
Hora del accidente									
Fecha de inasistencia laboral									
Descripción de la lesión (S/Tabla R.E.N.A.L.)									
Descripción de la sintomatología imperante									
Descripción del hecho									
Accidente de trabajo/in itinere/Otros									
Forma del accidente									
(S/Tabla R.E.N.A.L. N° I)									
Agente material asociado									
(S/Tabla R.E.N.A.L. N° IV)									
Descripción de la lesión (S/Tabla R.E.N.A.L.)									
Diagnóstico (CIE)									
Naturaleza de la lesión (S/Tabla R.E.N.A.L. N° III)									
Zona del cuerpo (S/Tabla R.E.N.A.L. N° II)									
Diagnóstico 1									
Diagnóstico 2									
Diagnóstico 3									
Enfermedad Profesional									
Diagnóstico									
Fecha diagnóstico									
Forma de diagnóstico									
Zona del cuerpo									
Tiempo de exposición al agente (en meses)									
Agente de riesgo 1									
Agente material asociado 1 (S/Tabla R.E.P.)									
Diagnóstico 1									
Diagnóstico 2									
Diagnóstico 3									
Agente de riesgo 2									
Agente material asociado 2 (S/Tabla R.E.P.)									
Diagnóstico 1									
Diagnóstico 2									
Diagnóstico 3									
Agente de riesgo 3									
Agente material asociado 3 (S/Tabla R.E.P.)									
Diagnóstico 1									
Diagnóstico 2									
Diagnóstico 3									
La enfermedad se detecta en (Códigos de Detección de la Enfermedad) - (marcar con una x la correcta)									
P Examen Preocupacional - R Examen Periódico - E Examen de Egreso - A Asesoría Prolongada - T Transferencia de puesto de trabajo - O Otra Social - N Sanatorio Privado - H Hospital Público									
M Consulta en Amb. Pub. no Hospit. - J Peritaje Judicial - S Comisión Médica - B Prestación ART									
Prestador o Centro Asistencial									
Razón Social									
Domicilio		Localidad		País					
Provincia		CPA		Teléfono					
Fax		Email							
Accidente In Itinere									
Denuncia Policial N°									
(adjuntar copia) Comisaría									
Lugar y Fecha									
Firma del Denunciante									
DNI del Denunciante									
Aclaración del Denunciante									
Fecha de elaboración del formulario									

Se deberá enviar el original de la denuncia a la A.R.T. la cual deberá estar firmada por el empleador - denunciante (como mínimo dentro de los 48 hs.). Resolución 529/95 de la S.R.T.

Samiento 309 - C1041AAG - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Tel.: (011) 4321-7600 - Fax: (011) 4321-7777 - artmedcasos@laholando.com - www.laholando.com

NO es obligatoria su presentación por parte del asegurado.



11 5912-4316

